

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THESE

N°

372

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

José E. LOSADA PADILLA

Né le 5 Mars 1933, à CAMAGUEY (Cuba)

présentée et soutenue publiquement le

**A PROPOS DE TROIS CAS
D'INFARCTUS MESENTERIQUE
GUERIS PAR LES ANTICOAGULANTS**

Président : Monsieur SOULIE (Professeur)

D. P. TAIB

8 Rue Casimir Delavigne

PARIS - VI°

1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1961

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

José E. LOSADA PADILLA

Né le 5 mars 1933 à Camaguey (Cuba)

-:-

Présentée et soutenue publiquement

le

-:-

A PROPOS DE TROIS CAS D'INFARCTUS MESENTERIQUE
GUERIS PAR LES ANTICOAGULANTS

-:-

Président : Monsieur SOULIE (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1961.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	PATEL
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
	CORDIER (G)
	LORTAT-JACOB
	LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	de GAUDART d'ALLAINES (F)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J).
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale (E. Mal)	LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)

Gérontologie	BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GARCIN (R)
(Cochin	BROUET
(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Broussais	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutri- tion (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	DAVID
(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal	VARANGOT
obstétricales (Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.	LEPAGE
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire	TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	de SEZE
Histologie	VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités.....	DEPARIS
(ch. à t. pers.)	
Hygiène et clinique de la première	
enfance (Trousseau).....	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie.....	GALLIARD (H)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et	
comparée.....	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale.....	MILLIEZ
Pathologie et thép. générales.....	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J)
Physiologie.....	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.).....	PARROT
Physique médicale.....	DOGNON (A)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale.....	LEGER
Thérapeutique.....	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES
MM.

	(CABROL (C)
Anatomie.....	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
	(Melle P) pr. s. ch.
Anatomie pathologique.....	(BUSSER (F)
	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthésiologie.....	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr. s. ch.
Bactériologie.....	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr. s. ch.
Biochimie médicale.....	(POLONOVSKI (J) m. conf.
	(SCHAPIRA (G) pr.t.p.
	(DENOIX (P)
Carcinologie.....	(MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie.....	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie.....	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie.....	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

MM.

Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch. (MAROIS (M) (RACADOT (J) (CORNET (A) (BOYER (J) pr.s.ch. (CORRE-HURST (Mme L) (BASTIN (R) (DUPONT (V) (DEROBERT (L) pr.s.ch. (HADENGUE (A) (FOURNIER (E) (GUENIOT (M) (ALRAHARY (C) (LHERMITTE (F) (GRANJON (A) (HERVET (E) (LÉ LORIER (G) (MORIN (P) (MUSSET (R) (ROBEY (M) (THOYER-ROZAT (J) (BREGEAT (P) (SARAUX (H) (JUDET (R) (RAMADIER (J) (DEBAIN (J) (BRUMPT (L.C) pr.s.ch. (CHABAUD (A) (BARCAT (J) (BINET (J.P.) (CAUCHOIX (J) (CHATELIN (C.L) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J) (FLABEAU (F) (GERMAIN (A) (LOYGUE (J) (MERCADIER (PERROTIN (J) (ROBERT (H) (THOMERET (G) (SCHNEIDER (J)
Histologie	
Hygiène	
Maladies infectieuses	
Médecine légale	
Médecine du travail	
Neurologie	
Obstétrique	
Ophtalmologie	
Orthopédie	
Oto-rhino-laryngologie	
Parasitologie	
Pathologie chirurgicale	
Pathologie exotique	

	MM.
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
Pathologie expérimentale	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
Pathologie médicale	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H) m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
Pédiatrie-Puériculture	(MANDE (R)
	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Melle J) pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie	(DEJOURS (P)
Physique médicale	(GOUGEROT (L) m.conf.
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B)
Psychiatrie	(FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	(DUCHE (D)
Rhumatologie	(DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A) m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
Urologie	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	(ABOULKER (P)	Clinique	(GRASSET (J)
	(AMELINE (A)	obstétricale	(MAYER (M)
	(HUGUIER (J)		(RAVINA (J)
Clinique	(OLIVIER (C)	Clinique	(DESVIGNES (P)
chirurg.	(PADOVANI (P)	ophtalmol.	(OFFRET (G)
	(POILLEUX (F)	Clinique oto-	} MADURO (R)
	(ROUX (M)	rhino-laryng.	
	(VERNE (J.M)	Clinique pé-	} LAPLANE (R)
	(HAGUENEAU (J)	diatrique et	
	pr.s.ch.	puériculture	
Clinique	(DOMART (A)	Clinique	} BARUK (H)
médicale	(PERRAULT (M)	psychiatrique	
	(RAMBERT (P)	Clinique	} KUSS (R)
	(THIEFFRY (S)	urologique	

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J) pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G) Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma Mère,

Qui aurait été heureuse de
voir son souhait intime
réalisé,

Je dédie cette thèse en gage
du pieux et vivant souvenir
que je lui garde.

A mon Père,

Qui ne m'a pas ménagé ni son
affection ni son soutien,

Toute ma reconnaissance et
mon affection.

A ma Femme,

Dont l'aide me fut précieuse,

Avec l'expression de mon
affection et de ma tendresse.

A Monsieur le Professeur SOULIE,

Professeur de Clinique Médicale à
la Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui m'a fait le très grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

Hommage respectueux.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur A. ABAZA,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Médecin-Assistant des Hôpitaux de Paris,
Médecin-Chef de l'Hôpital de Villeneuve
Saint-Georges,
Membre de la Société de Cardiologie
et de Pédiatrie,
et de la Société Médicale des Hôpitaux
libres,
Fellow of the Royal Society of
Medicine of London,
Officier de la Légion d'Honneur,
Médecin-Commandant de Réserve,

Qui nous a appris à considérer
tout malade avec humanité et
indulgence, et qui nous a en-
seigné que la Médecine, loin
d'être une routine, évolue
chaque jour.

Qu'il trouve ici l'expression de
ma gratitude et de ma respec-
tueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur de THOMASSON,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
de Médecine de Paris,
Chirurgien-Assistant de l'Hôpital de
Villeneuve-Saint-Georges,
Croix de Guerre,

Qui a bien voulu nous inspirer
le sujet de cette thèse et
nous conseiller avant tant
d'obligeance pour sa réalisation.

Je lui adresse tous mes remer-
ciements et le prie de croire
à ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur P. IGLESIAS-BETANCOURT,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Professeur de la Faculté de Médecine
de La Havane,

Qui a été notre premier Maître
et nous a ouvert la voie de
la Médecine,

Je le prie d'agréer l'expres-
sion de ma très respectueuse
gratitude.

A PROPOS DE TROIS CAS D'INFARCTUS MESENTERIQUE
GUERIS PAR LES ANTICOAGULANTS

-:-

INTRODUCTION

--:--

L'infarctus mésentérique constitue un des syndromes abdominaux aigus des plus meurtriers, d'une fréquence plus importante qu'on ne le pense, et quelquefois un diagnostic opératoire seulement.

L'intervention, toujours indispensable, cherche à mettre au clair : l'origine de la lésion : artérielle, veineuse (artères ne battent pas), ou anaphylactique (sans lésion vasculaire), précise l'extension de la lésion (infarctus localisé ou total) et cherche à préciser la réversibilité des lésions.

Nous nous proposons à ce sujet :

I) de rapporter trois observations de ce syndrome dont deux d'origine veineuse, confirmées par la laparotomie, mais non suivie de résection des anses infarciées, à cause de :

- dans le premier cas, l'extension trop importante des lésions,
- dans le deuxième cas, le mauvais état général du malade,

et une troisième observation, dont le diagnostic a été posé cliniquement, mais non confirmé, le mauvais état cardio vasculaire et général du malade ne permettant pas une intervention.

Ces trois malades ont été traités par les anticoagulants.

2) de suggérer que l'on peut espérer plus des cas réversibles, grâce au traitement anticoagulant, soit associé au traitement chirurgical, dans les cas où l'intervention est possible, soit à lui seul dans les cas où l'intervention est impossible à cause du mauvais état du malade ou à l'extension trop importante des lésions.

Ces trois observations, dont la première a déjà été présentée à l'Académie de Chirurgie par le Professeur FUNCK BRENTANO, nous les avons suivies avec le Docteur de THOMASSON (Chirurgien Assistant de l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges.

PREMIERE OBSERVATION

-:-

déjà présentée à l'Académie de Chirurgie par
le Professeur FUNCK BRENTANO

Le 20 février 1956, Henri B... âgé de 49 ans, entre à l'Hôpital à 19 heures avec un syndrome abdominal apparu deux jours auparavant, caractérisé par une douleur progressive croissante dans la fosse iliaque droite ; cette douleur était accompagnée de nausées, et, depuis vingt quatre heures, de vomissements.

A l'entrée le malade accuse une douleur dans tout le flanc droit ; il est nauséux, mais sa température est à 35°5, son pouls à 84. D'autre part tension artérielle à 13/7. La palpation de l'abdomen montre à droite, une défense. Il n'y a pas de contracture, mais une sorte d'empâtement profond très étendu qui pourrait faire penser à un plastron très étendu. L'état de l'abdomen est comparé à un "ventre de cadavre" ; ce n'est que plus tard à l'intervention, que l'on réalisera qu'il s'agit de l'aspect décrit par MONDOR, sous le nom de "météorisme mat".

Aucun antécédent notable, en particulier pas de phlébites.

Une intervention exploratrice est décidée: anesthésie + pento-curate - éther - oxygène. Incision de Mac Burney - le péritoine est bleu - de l'incision s'échappe une ascite hémorragique. La paroi caecale est infiltrée

d'un hématome rouge vif. Devant ces signes on agrandit l'incision. On constate alors un infarctus mésentérique total, s'étendant sans aucune solution de continuité, du duodénum au transverse. Fait remarquable : au niveau du 1er duodénum, les lésions sont limitées à la partie inférieure de la paroi ; au niveau du transverse, la lésion s'arrête à l'union du tiers droit et deux tiers gauches. Il s'agit d'un infarctus au début car il n'y a pas de nécrose, mais seulement des grandes plaques hémorragiques sous-séreuses. Les lésions prédominent au niveau du côlon droit et de son méso.

Le mésentère est souple, les artères sont battantes ; on note la présence d'une adénite mésentérique ; les veines semblent souples, elles aussi, mais au niveau de la racine du mésentère, alors qu'on sent parfaitement les battements mésentériques, la région est infiltrée d'oedèmes et indurée.

Devant la précision anatomique de ces signes, on fait le diagnostic d'obstruction veineuse du tronc de la mésentérique, puisqu'il y a des signes de thrombose de la veine pancréatique duodénale inférieure droite, ainsi que le prouvent les lésions du bord inférieur du 1er duodénum. Par ailleurs, la palpation du pédicule hépatique est normale. L'incision droite n'a pas permis d'explorer le système splénique.

On se contente d'infiltrer à la novocaïne la racine du méso et la paroi est refermée en trois plans, sans drainage.

Suites opératoires : la thrombose semblant certaine, on décide un traitement anticoagulant. Le malade reçoit une perfusion continue de sérum physiologique, contenant 40 cg de Procaïne et de l'Héparine à raison de

200 mg par jour. D'autre part, il est mis en aspiration duodénale continue qui ramène un liquide sanglant.

Le 21 février, un examen de la coagulation fait alors que le malade a déjà reçu 200 mg d'Héparine, montre un temps de coagulation égal à celui du témoin. Taux de prothrombine : 60 p.cent - urée : 0,40 - numération : 4.800.000 G.R. leucocytes : 100.000 - dont 68 p.cent de poly.

Les six jours suivants, le traitement est suivi sans changements, avec aspiration duodénale et Héparine, malgré l'apparition d'un volumineux hématome de la paroi.

Le 26 février, l'aspiration est arrêtée : deux comprimés de Tromexane sont donnés. Les examens quotidiens montrent : Prothrombine : 26 p.cent, Test à l'Héparine : témoin : deux minutes, quatre minutes - dix minutes ; malade : quatre - six - huit minutes.

Le malade sera suivi par des examens quotidiens.

Le 28 février, l'Héparine est arrêtée et le malade ne reçoit plus que du Tromexane, progressivement diminué, et le 2 mars, il ne reçoit qu'un demi comprimé de Tromexane dans la journée. Aussitôt, le malade redevient hypercoagulable ; on donne à nouveau deux comprimés par jour, mais le 10 mars, alors que le témoin est à trois minutes, sept minutes, treize minutes, le malade est à deux minutes, six minutes, treize minutes. On redonne alors 100 mg d'Héparine par jour pendant quatre jours, puis le Tromexane est donné à doses décroissantes et cessé le 19 mars. Les temps de coagulation du malade

sont alors normaux, et le resteront.

Depuis, nous avons régulièrement de ses nouvelles. Il va bien et refuse de nouveaux examens.

DEUXIEME OBSERVATION

-:-

Service de Chirurgie de l'Hôpital de Ville-neuve-Saint-Georges

Docteur BOYER (Chirurgien-Chef)

Docteur de THOMASSON (Chirurgien-Assistant)

Monsieur M... Louis (73 ans) est entré dans le service le 24.3.59 au soir, pour douleurs abdominales violentes durant depuis le matin et vomissements noirâtres.

L'abdomen est peu ballonné, sans disparition de la matité hépatique. La T.A. à 15/10 - pouls régulier à 50 minutes- température à 36°4. Le reste de l'examen est négatif.

Comme antécédents, on note des douleurs abdominales en 1958. Une radiographie de l'estomac faite à cette époque n'a rien révélé.

On fait faire une radiographie de l'abdomen, sans préparation, qui montre : des niveaux liquides - pas de croissant clair sous-diaphragmatique.

Une numération-formule donne :
5.320.000 G.R. - Hb : 112 - 9.400 G.B.
dont 83 p.cent de polynucléaires.

Le malade est opéré d'urgence : on trouve un infarctus mésentérique - 40 cm de grê-

le à 30 cm de l'angle duodéno-jéjunal-
artères battantes - la résection est possi-
ble, mais l'état du malade est mauvais
(pouls à 140 - T.A. imprenable), les lésions
semblent réversibles. On fait une infiltra-
tion de novocaïne du méso, et on ferme. Le
malade est mis au traitement anticoagulant,
et aspiration duodénale.

Perfusion de sérum physiologique, avec
40 cc de novocaïne à 1 p.cent et Héparine
à raison de 200 mg par jour.

Le 27 mars le malade ne souffre plus - a
une langue rotie - n'a pas eu de selle ni
gaz - son taux de prothrombine est de 48 p.
cent - son test à l'Héparine : malade : 4
minutes - 15 minutes - Témoin : 3 minutes -
13 minutes -
Numération : 4.020.000 G.R. et 8.600 G.B.,

Le 25 mars - taux de prothrombine 76 p.cent
et test à l'héparine : malade : 2 minutes 30
13 minutes - Témoin : 3 minutes - 13 minu-
tes - donc hypercoagulable, malgré 200 mg
d'Héparine par jour.

Le 30 mars : taux de prothrombine : 76 p.
cent - test à l'Héparine - malade : 4 minu-
tes - 16 minutes - Témoin : 3 minutes - 13
minutes - Le malade présente un hématome au
niveau de la plaie opératoire - mais malgré
cela, nous continuons l'Héparine aux mêmes
doses.

Le 1er avril, le malade va bien - a eu
une selle après lavement évacuateur - on
cesse l'aspiration - on commence l'alimen-
tation orale.

Le 6 avril : bon état général - bon appé-
tit - selles et urines normales - on commen-

ce à diminuer l'Héparine et à donner du Tromexane.

Autres examens :

Protides : 53,60 g - sérines 30 -
globulines 23,6.

$$\frac{\text{Cholestérol estérifié}}{\text{Cholestérol total}} = \frac{1,05}{1,70} R = 0,61$$

Test de Gros : 2,55 cc

de Hanger: négatif

du thymol: 22 unités Vernes

Bilirubinémie directe : 0

totale : 13 mg

Selles : stercobiline : négatif.

Le 7 avril : le malade va bien. A partir de cette date l'évolution se poursuit vers la guérison, et nous commençons à diminuer le Tromexane progressivement.

Le malade est sorti le 18 avril 1959.

TROISIEME OBSERVATION

Service de Médecine de l'Hôpital de Ville-
neuve-Saint-Georges

Docteur ABAZA (Médecin-Chef)

Monsieur V... François - 62 ans - entre dans le service le 14 juin 1960, pour avoir présenté, depuis la veille, une douleur abdominale (d'apparition progressive) très intense, avec poussées plus pénibles, sans irradiations, sans localisation précise, s'accompagnant de vomissements incoercibles, d'abord blancs, puis jaunâtres - arrêt des matières et des gaz - avait eu une selle normale la veille - ne présentait pas de signes urinaires, pas de douleur à la poitrine - pas de fièvre.

Le malade est très dyspnéique - très cyanosé (surtout les lèvres et les mains) - très agité - plié en deux - pouls rapide et très irrégulier - T.A. à 13/7 - A l'auscultation du cœur arythmie complète. Poumons : râles humides et ronflants dans les deux champs pulmonaires - Gros foie, douloureux, reflux hépato-jugulaire très important.

L'abdomen est peu ballonné, sensible à la palpation, sans défense ni contracture, pas de matité et à l'auscultation silence absolu.

Toucher rectal : non douloureux - doigtier propre.

Dans les antécédents : on note une hospitalisation en octobre 1958 pour poussées d'insuffisance cardiaque chez un malade porteur d'un coeur pulmonaire chronique.

E.C.G. : fibrillation auriculaire - troubles de la conduction - ischémie sous endocardique postérieure - surcharge biventriculaire ; une rectorragie inflammatoire banale par prolapsus hémorroïdaire, pas d'antécédents vésiculaires ni urinaires.

Un E.C.G. fait en urgence, montrait une fibrillation auriculaire - la disparition des troubles de la conduction notés en 1958 - une surcharge ventriculaire évidente - pas de signes d'ischémie.

Une radiographie d'abdomen sans préparation montrait des niveaux liquides - pas de croissant sous-diaphragmatique.

Le diagnostic d'infarctus du myocarde à forme abdominale infirmé par l'E.C.G., nous posons avec le Docteur ABAZA, le diagnostic d'infarctus mésentérique, du fait du contexte clinique, et des antécédents du malade. Le chirurgien : Docteur de THOMASSON, d'accord avec le diagnostic, ne croit pas possible d'opérer un malade en si mauvais état cardio-vasculaire, et propose le traitement anticoagulant.

Le malade est mis en aspiration duodénale et sous perfusion de sérum physiologique, avec novocaïne : 40 cc à 1 p.cent, et Héparine à raison de 300 mg par jour.

Le 15 juin 1960 le malade va mieux, n'a plus de douleurs, mais présente dans l'après-midi une sensation de pesanteur dans l'abdomen, suivie d'un maelena, deux fois dans

la journée. Nous ne faisons pas de coagulants, mais une transfusion de 500 cc et continuons le traitement par l'Héparine aux mêmes doses.

Le 20 juin 1960 : bon état général - selles jaunes clair 4 fois dans la journée - taux de prothrombine : 72 p.cent - Test à l'Héparine : R = 1 malgré 300 mg par jour.
Autres examens : Numération : 3.360.000 G.R.
10.000 G.B.
complet hépatique : légèrement perturbé -
Bilirubinémie : 13 mg o/oo -
totale : 42 mg o/oo - Ionogramme normal.

Le 25 juin 1960 : le malade va bien - on arrête l'aspiration et on commence à lui donner des aliments liquides - taux de prothrombine : 76 p.cent - Test à l'Héparine : R = 1,07 - On donne 250 mg d'Héparine par jour.

Le 26 juin 1960 : bon état général - selles normales - lavement baryté : remplissage très rapide d'un cadre colique un peu spasmé et insuffisamment exonéré. La valvule de Bauhin est largement franchie - pas de point douloureux - Les clichés objectivent des signes de colite du descendant.

Le 30 juin 1960 : Crise de dyspnée, douleur au mollet gauche et à la fesse gauche (hématome de la fesse) - selles noires très fétides. Tout rentre en ordre en 24 heures.

On remplace l'Héparine par le Tromexane.

A partir de cette date, l'évolution se poursuit vers la guérison.

On arrête le traitement anticoagulant le 9 juillet.

Le malade reste encore 4 semaines dans le service pour son coeur pulmonaire chronique et sort en bon état le 9 août 1960.

PREMIERE CONCLUSION DES
TROIS OBSERVATIONS

-:-

a) 1er malade : La laparotomie n'a pas été suivie de résection des anses infarciées. Le malade présentait une thrombose du tronc de la veine mésentérique ; artères battantes ; les lésions s'étendaient sans solution de continuité du duodénum au côlon transverse ; donc résection impossible. Infiltration de novocaïne dans le méso, et traitement anticoagulant par voie générale - Guérison.

b) 2e malade : La laparotomie montre un infarctus mésentérique - 40 cm de grêle - à 30 cm de l'angle duodéno-jéjunal-artères battantes. Le segment du grêle infarci aurait pu être réséqué, si l'état du malade n'avait pas été si mauvais (T.A. imprenable), ne semblant pas pouvoir supporter une intervention - Le chirurgien a l'impression que les lésions sont réversibles, et avec l'expérience du premier malade, décide de faire une infiltration de novocaïne dans le méso, et de faire un traitement anticoagulant par voie générale - Guérison.

c) 3e malade : Chez ce sujet le diagnostic d'infarctus mésentérique a été posé du fait du contexte clinique du syndrome et du terrain dans lequel il survenait - mais n'a pas été confirmé par l'intervention, tout à fait impossible à réaliser, chez ce malade dont le tableau abdominal, si grave fut-il, était

moins désespéré que son état cardio-vasculaire. Donc le malade n'a pas été opéré, mais mis au traitement par Héparine et novocaïne en perfusion - Guérison.

Mais à propos de ce malade, malgré le bon résultat obtenu, nous considérons que dans des cas semblables (une fois l'état du malade amélioré) il faut intervenir pour éviter des erreurs de diagnostic dont les conséquences sont irréparables.

La possibilité d'infarctus mésentérique par obstruction veineuse a longtemps été mise en doute, ainsi que le rappelait Jean QUENU devant l'Académie de Chirurgie en 1952.

A ce propos, il convient de reconnaître que nos deux malades (confirmés par la laparotomie) l'infarcissement n'était pas encore constitué. Nous pensons qu'il s'agissait d'une lésion progressive et encore incomplète puisqu'elle a rétrocedé. Si les cas d'oblitération de l'artère mésentérique sont classiques, on trouve dans la littérature des exemples de plus en plus nombreux d'obstruction veineuse.

On trouve dans la communication de Jean QUENU une bibliographie importante des observations publiées, et l'auteur fait remarquer la rareté des cas de guérison sans résection. Il cite ceux de RADVIN (1941), de RUTBERG (1942) et de LUKE (1943). Il faut avoir, en effet, la chance de voir le malade assez tôt. Dans ce cas, LORTAT-JACOB a parlé d'apoplexie intestinale. La topographie des lésions de nos malades nous paraît mieux expliquée par un obstacle sur la voie de retour. Depuis, PICOT, THEVENIN, PERROTIN, S. BLONDIN, POINOT, présentent d'autres observations de thromboses de la veine mésentérique, ou, plus exactement, de ses branches,

puisque, selon les cas, seuls de 80 cm à 1,50 m d'intestins étaient touchés.

MOULONGUET et FREDET ont présenté des cas d'infarctus sans lésion vasculaire visible, à propos desquels on pouvait néanmoins discuter une thrombose latente.

Dans nos observations, la netteté des battements artériels perçus depuis le tronc de la mésentérique supérieure jusqu'à ses branches au niveau du bord libre du méso, permet d'éliminer, de façon absolue, l'hypothèse d'une obstruction artérielle et pouvait nous dispenser de pratiquer une arteriographie du mésentère, comme l'a proposé L. LEGER à l'occasion d'une observation de son service.

La topographie des lésions, chez notre premier malade, depuis le 1er duodénum jusqu'au côlon transverse, permet d'affirmer une lésion du système mésentérique supérieur et probablement du tronc de la veine grande mésentérique, puisque nous n'avons trouvé, en aucun point du mésentère, de thrombose localisée ; d'autre part, l'oedème et l'induration prédominaient à la racine du mésentère. C'est dans le 1er cas l'étendue des lésions, et l'impossibilité évidente de toute exérèse, et le mauvais état du malade, dans le deuxième, qui nous a fait pratiquer un traitement anticoagulant.

Nos trois observations ne sont pas les seules ; nous avons trouvé dans la littérature 5 cas d'infarctus mésentérique confirmés par la laparotomie, non réséqués, et traités par anticoagulant, suivis de guérison.

I - HENDRY

Malade de 64 ans - antécédents de goutte -

signes discrets d'insuffisance ventriculaire gauche.

Hospitalisé pour syndrome abdominal aigu.

A l'intervention : "ascite sanglante - infarctus du jéjunum - malade en très mauvais état - pas de résection" -

Traitement : Héparine 200 mg par jour pendant 5 jours - puis discontinuée - Guérison.

II - KOLLER

Malade de 47 ans - présente quelques jours après une splénectomie, un syndrome abdominal aigu - A l'intervention : ascite sanglante - Infarctus très étendu - résection impossible.

Traitement : Héparine puis Tromexane - Guérison.

III - PERROTIN

M.R... 91 ans - Hospitalisé pour oedème aigu du poumon - présente quelques jours après un syndrome abdominal aigu.

A l'intervention : ascite sanglante - infarctus de 60 cm de grêle - on ne sent pas les battements des artères - pas de résection - novocaïne dans le mésentère.

Traitement : Héparine 150 mg par jour pendant 10 jours - Guérison.

IV - LOHEAC

M.H... Jean - 40 ans - opéré 15 jours auparavant pour syndrome occlusif (appendicite).

Réhospitalisé pour syndrome abdominal aigu.

A l'intervention : ascite sanglante - infarctus du grêle - côlon normal - Sérum chaud - adrénaline - pas de changement d'aspect - résection impossible -

Traitement : Héparine 300 mg par jour, pendant 7 jours - Guérison.

V - DETRIE

M.M... 48 ans - opéré 7 jours auparavant pour appendicite gangréneuse - présente brusquement un syndrome abdominal aigu.

A l'intervention : ascite sanglante - infarctus total du grêle et du côlon - depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à l'angle colique droit - exclu - thrombose veineuse. Sérum chaud - novocaïne - pas de modifications d'aspect - résection impossible. Traitement : Héparine 100 mg dans l'aorte sus-pancréatique (en cours d'intervention) puis Héparine 400 mg par jour pendant 10 jours - Guérison.

Nous avons trouvé aussi de nombreuses publications d'infarctus mésentériques traités par résection plus anticoagulants. Entre autres :

I - D'ABREU

Un cas d'infarctus mésentérique par thrombose veineuse (résection - Héparine - Guérison).

II - FONTAINE

Un cas d'infarctus mésentérique par thrombose - résection - Héparine - Guérison

III - MURRAY et MACKENSIE

6 cas d'infarctus mésentérique par thrombose - résection plus anticoagulants - 4 guérisons.

IV - QUENU

Un cas d'infarctus mésentérique par thrombose - résection - anticoagulants - Guérison.

V - THEVENIN

Un cas d'infarctus mésentérique par thrombose veineuse - résection - anticoagulants - guérison.

VI - KIRSCHNER - KNEPPER - JEUSON - JOYEUX - DROBNI, etc...

Nous pensons que l'association du traitement anticoagulant, au traitement chirurgical, semble donner de meilleurs résultats que le seul traitement chirurgical. Mais nous ne croyons pas pouvoir être affirmatif à ce sujet. Ce qui rend difficile l'appréciation de la valeur du traitement de ce syndrome c'est sa pathogénie.

PATHOGENIE (46)

- -

L'infarctus blanc de l'intestin est une lésion rarissime. On l'observe parfois au cours des lésions viscérales de la péri-arterite noueuse sous la forme d'un petit foyer de nécrose ischémique qui, lorsqu'il dépasse la sous-muqueuse, va provoquer la perforation, mettant un terme fatal à l'évolution de l'affection.

Dans la quasi-totalité des cas, l'infarctus est rouge ; il touche le grêle, et il est difficile de dire a priori s'il s'agit d'une lésion d'origine veineuse ou artérielle, d'un infarctus rouge authentique ou d'un infarctissement hémorragique.

Une embolie sur le territoire de la mésentérique supérieure, une thrombose par endartérite sont mises quelquefois en évidence ; leur étiologie exacte reste souvent obscure. Ailleurs c'est une thrombose ou une phlébite septique radiculaire mésentérique aiguë qui paraît responsable des accidents, à l'inverse des lésions artérielles. Elle sera d'autant moins grave, qu'elle siègera plus haut sur la circulation portale ; ces thromboses veineuses se rencontrent au cours des infections biliaires, pancréatiques, ou gastro-intestinales, des maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde, des infections pelviennes, des cancers abdominaux, et des sui-

tes d'interventions chirurgicales. Mais bien souvent on ne trouve rien ; l'examen le plus minutieux de tout le système artériel et veineux du mésentère, de son origine à sa terminaison, ne permet de découvrir aucun obstacle, ni lésion d'endovascularite. Bien plus, certains "infarctus" peuvent guérir spontanément, alors que les lésions ont été indiscutablement constatées opératoirement. Comment alors admettre une obstruction vasculaire (GREGOIRE et COUVELAIRE). On invoque des phénomènes de choc anaphylactique ou anaphylactoïde, ayant à leur origine l'intervention des nerfs splanchniques, le point de départ de cette réaction pouvant être traumatique, chimique ou toxi-infectieux (REILLY).

Quelle que soit la nature de l'atteinte vasculaire, les lésions intestinales sont identiques : elles sont segmentaires, et siègent de préférence sur les 30 à 40 derniers centimètres de l'iléon terminal. Elles peuvent être totales, ou bien déborder sur le coecum et le côlon ascendant, dans le segment tributaire de la circulation mésentérique supérieure. Ce qui définit l'anse infarctée c'est son aspect de boudin violet noir très particulier, ferme et de surface lisse, baignant dans un liquide péritonéal séro-sanglant, d'odeur fade. Le méso est constamment atteint, le plus souvent selon une zone triangulaire à base intestinale ; moins fréquemment il s'agit d'une bande d'infiltration longitudinale, parallèle à l'intestin infarcté ; disposition considérée autrefois comme propre à l'infarctissement d'origine veineuse. Mais si l'on a affaire à une anse récemment infarctée, on ne retrouve que des phénomènes de congestion sanguine intense, avec une infiltration oedémateuse de tous les plans de la paroi intestinale.

Donc, trois notions importantes à dégager de cette étude :

a) L'anamnèse du malade peut nous guider sur l'étiologie du syndrome : (I.C. - phlébite - Infecté chronique) - veineux - (R.A.A. - R.M. - artérites) - artériels (Infection - Pénicilline - streptomycine, intoxication alimentaire) - choc anaphylactique.

b) L'examen minutieux des lésions décèle :

1 - l'extension des lésions - infarctus localisé ou total.

2 - l'origine des lésions - artérielle - veineuse ou par choc anaphylactique

3 - aspect des lésions : s'agit-il de lésions constituées (nécrose) ou seulement au début - semblent-elles réversibles ou pas - d'où la valeur de l'application de serum chaud et de l'infiltration du méso à la novocaïne.

c) L'état du malade - une intervention possible du point de vue lésionnel, peut être empêchée par le mauvais état général du malade.

Ces trois notions guident la thérapeutique à suivre chez ces malades :

a) Infarctus constitué et localisé : résection suivie ou non d'anticoagulants.

b) Infarctus localisé au stade congestif :

1 - résection suivie ou non d'anticoagulants

2 - traitement anticoagulant

c) Infarctus trop étendu, ou la résection

de tout l'intestin est vraisemblablement impossible : traitement anticoagulant.

Dans l'ensemble, les infarctus d'origine veineuse ont le meilleur pronostic, et nous pensons que le traitement anticoagulant a encore amélioré ce pronostic. Mais dans tous les cas, ce traitement semble donner de bons résultats ; et nous voudrions faire remarquer que c'est surtout dans les cas les plus graves où le Chirurgien est dans l'impossibilité d'intervenir, soit à cause de l'extension trop importante des lésions, soit à cause du mauvais état général du sujet, qu'un traitement par l'Héparine peut sauver ces malades, qui jusqu'alors étaient condamnés.

TRAITEMENT

-:-

Le traitement de l'infarctus mésentérique comprenait en plus de la résection des an-ses infarciées :

- 1 - Novocaïne : infiltration du méso en cours d'intervention et en perfusion post-opératoire
- 2 - Papavérine :
- 3 - Atropine : (Laborit) puisqu'une perturbation de la motricité est en cause.
- 4 - Adrénaline : dont les indications semblent discutables (risque de vasoconstriction).

Et nous pensons que l'on pourrait ajouter, et même mettre en première place, à côté de l'intervention, le traitement par les anticoagulants.

L'emploi de ce traitement doit avoir comme base les mêmes principes et les mêmes précautions que dans ses autres indications thérapeutiques.

- DOSE : Le traitement doit être institué le plus tôt possible, et à des doses très importantes, entre 200 mg et 400 mg. Il faut tenir compte que ces malades restent

hypercoagulables, malgré de fortes doses d'Héparine (nos 3 observations).

VOIE : Intra-aortique (DETRIE) en cours d'intervention - perfusion intra-veineuse.

DUREE : En principe, un minimum de 10 jours et, si possible, continuer pendant 3 à 4 semaines, soit par l'Héparine, soit par voie orale (Tromexane - Pindione - etc...)

SURVEILLANCE : Elle doit être constante et journalière pour le taux de prothrombine et le test à l'Héparine, pour éviter des accidents de surdosage.

Incidents : hémorragie externe (plaies opératoires - Dr. de THOMASSON), maelena (Dr. ABAZA).

Mais malgré ces incidents, ou d'autres, qui peuvent survenir au cours du traitement anticoagulant, il faut continuer. Si l'hémorragie est importante, transfuser mais ne pas faire de coagulants (Vitamine K1), et seulement, en dernier lieu, des hémostatiques (type adrenoxylo).

Nous ne croyons pas que ce traitement ait diminué le caractère d'extrême urgence de ce syndrome, qui est toujours chirurgical, et dont la surveillance doit être illimitée.

Nous pensons que le mieux est la résection, tout en tenant compte que dans les cas où celle-ci n'est pas réalisable (extension trop importante des lésions ou mauvais état général du malade), un traitement héroïque par l'Héparine peut donner des succès inespérés.

CONCLUSIONS

- i -

Nous présentons trois observations d'Infarctus mésentérique, que nous avons suivies avec le Dr. de THOMASSON (Assistant de Chirurgie) et le Dr. ABAZA (Médecin-Chef) de l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges.

1ère Observation. Il s'agissait d'un malade de 49 ans, hospitalisé pour un syndrome occlusif, l'intervention pratiquée d'urgence montrait un Infarctus mésentérique total, s'étendant sans solution de continuité, du duodénum au transverse - avec artères battantes. La résection étant impossible, le chirurgien fait une infiltration du méso à la Novocaïne et ferme. Le malade est mis au traitement anticoagulant - Guérison.

2e Observation. Malade 73 ans, hospitalisé pour syndrome abdominal aigu ; la laparotomie montre un infarctus mésentérique - 40 cm de grêle à 30 cm de l'angle duodéno-jéjunal. Artères battantes - la résection des lésions est possible, mais le mauvais état du malade (T.A. imprenable) ne la permet pas. Les lésions semblent réversibles, le chirurgien, qui a l'expérience du premier malade, fait une infiltration du méso à la novocaïne et le malade est mis au traitement anticoagulant. Guérison.

3e Observation. Malade de 62 ans, hospitalisé pour un syndrome abdominal aigu (arrêt des matières et des gaz - douleur à tout l'abdomen et à la radio d'abdomen : niveaux liquides) et qui présentait en outre : une insuffisance ventriculaire droite aiguë et une fibrillation auriculaire chez un malade porteur d'un coeur pulmonaire chronique. Le diagnostic d'infarctus mésentérique a été posé du fait du contexte clinique et du terrain, mais le malade n'a pas été opéré à cause de son mauvais état cardiovasculaire, et a été mis au traitement anticoagulant - Guérison.

Mais à propos de ce malade, malgré le bon résultat obtenu, nous pensons que dans des cas semblables, il faut opérer (une fois l'état général amélioré), pour éviter des erreurs de diagnostic, dont les conséquences seraient irréparables.

Le traitement anticoagulant a été commencé par l'Héparine 200 à 300 mg par jour, pendant une dizaine de jours, et continué par le tromexane pendant 2 à 3 semaines.

Nous avons eu quelques incidents, maele-na, hématome de la paroi, etc... mais en aucun cas, nous n'avons arrêté le traitement, ni fait des coagulants, mais seulement des transfusions en cas d'hémorragie importante.

Nous avons trouvé dans la littérature 5 cas d'Infarctus mésentériques, confirmés par la laparotomie, non réséqués et traités et guéris par les anticoagulants, publiés par HENDRY, KOLLER, PERROTIN, LOHEAC et DETRIE.

Et nous pensons que si le traitement anticoagulant n'a pas changé le caractère

d'urgence chirurgicale de l'infarctus mésentérique, il a énormément augmenté le pourcentage des guérisons, et que, dans les cas les plus graves, où l'intervention est impossible, soit par l'extension trop importante des lésions, soit par le mauvais état général du malade, un traitement héroïque par l'Héparine peut donner des succès inespérés.

Nous proposons le schéma thérapeutique suivant :

a) Infarctus constitué et localisé

Résection - suivie ou non d'anticoagulants.

b) Infarctus localisé, au stade congestif

1) Résection - suivie ou non d'anticoagulants

2) Anticoagulants seuls.

c) Résection impossible par : infarctus total ou par mauvais état général
Anticoagulants.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : SOULIE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- I - ABSOLON K.B. - LONG S.V. et HUNTER S.W.
Une étude expérimentale du diagnostic de l'infarctus mesentérique.
Surg.Gyn. Obst. mai 1960 - 110
n°5 - 617-621 - fig.6
- 2 - AUFSES A.H. Jr.
Survie consécutive à une résection intestinale massive pour embolie à l'artère mésentérique supérieure.
J. Mount Sinai Hosp. sept-oct. 1957 - 24 - n°5 - 585-588
- 3 - HERMAN, BROWN, FOSTER et GRISELL
Résection massive de l'intestin pour infarctus mésentérique.
J.A.M.A. déc. 1957 - 135 - n°14
918-919 (Biblio.)
- 4 - CARABANONA P.
L'infarctus entéro-mésentérique
Rev. Praticien, 1er mars 1960,
10, n°7 - 713-724
- 5 - CONDURSO R., CURZIO G., et PELLEGRINI L.
La fonction hépatique et l'hémo-coagulation dans l'infarctus intestinal expérimental.
Acta med. ital. mai 1950, 14,
n°5 - 113-116.

6 - D'ABREU F. et HUMBLÉ G.J.

Thrombose de la veineuse mésentérique : guérison après résection et héparine.

Lancet 13 av. 1946, 250, n°6398, 534-536, 4 fig.

7 - DEMO O.J.

L'hémorragie rectale chez l'enfant par infarctus entéro-mésentérique fonctionnel.

Prensa med. argent. 3 mai 1957, 44, n°18 - 1356-1369, 8 fig.

8 - DETRIE P.

Infarctus total du mésentère guéri par les anticoagulants.

Mem. Acad. Chir. 24 oct. 1956, 82, n°25-26, 813-815 (Biblio.)

9 - DORKA G. et STEIN F.

Thrombose aiguë des veines mésentériques consécutives à une tuberculose chronique des ganglions mésentériques.

Zbl. Chir. 20 fev. 1960, 85, n°8, 334-339 (Biblio.)

10- DROBNI S. et INCZE P. Jr.

Guérison d'une thrombose de la veine mésentérique par résection étendue de l'intestin grêle et traitement par l'héparine,

Chir. janv. 1960, 31, n°1 34-36 (Biblio.)

11- ELKAN W.

Occlusion vasculaire mésentérique aiguë à la suite d'oreillons.

J. Int. Coll. Surgeons, sept. 1953, 20, n°3 - 259-268.

12 - FICARRA B.J.

Thrombose mésentérique associée à une polynéphrite migratrice.

Am. J. Gastroenterol, nov. 1958, 30, n°5, 536-539 (Biblio.)

13 - FALLIS L.S.

Thrombose du mésentère. Opération. Guérison, Rapport sur 2 cas.

Am. J. Surg. janv. 1940, 47, n°1 128-130.

14 - FONTAINE R.

Les infarctus intestino-mésentériques.

Maroc Med. Janv. 1959, 38, n°404, 199-211 (Biblio.)

15 - FROELICH F. et MALLET-GUY P.

Infarctus de l'intestin grêle avec gangrène et péritonite généralisée. Résection de 3,30 m d'intestin. Guérison.

Lyon Chir. Nov, 1957, 53, n°6 - 931-933.

16 - GILVY I.H.

Mesenteric vascular occlusion

Report of 30 cases.

Alphred Hosp. Clin. Rep. 1959

17 - GREEBLATT M., GOODMAN H.

Segmental jejunal stenosis of ischemic origin - Report on a case. New-Eng. J. Med.

18 - HENDRY W.G.

Occlusion de l'artère mésentérique.

Brit. Med. J. Janv. 1948, n°4542, 144-146 (Biblio.)

- 19 - HOFFMAN F.G., ZIMMERMAN S.L., et
CARDWELL E.S. Jr.
Infarctus intestinal massif, sans
occlusion artérielle associé à une
insuffisance aortique.
New England J. Med. 1er sept. 1960
263 - n°9 - 436-440 (Biblio.)
- 20 - HOLSEY W.F.
Occlusion vasculaire mésentérique.
Am. J. Surg. Oct. 1958 - 96 - n°4
565-567.
- 21 - JENSON C.B. et SMITH G.A.
Etude clinique de 51 cas d'infarc-
tus mésentérique.
Surgery, nov. 1956, 40, n°5 -
930-937 - 5 tabl. (Biblio.)
- 22 - JOYEUX R.
L'infarctus intestinal. Diagnostic
précoce et traitement.
Gaz. Hop. 31 janv. 1957 - 129 -
n°3 - 101-102.
- 23 - JUSTIN-BESANCON L., PEQUIGNOT H. et
LOCKHART A.
Infarctus veineux massif du colon
et du grêle par thrombose totale de
l'arbre veineux mésentérique supé-
rieur et inférieur au cours d'une
maladie des thromboses veineuses
récidivantes.
Sem. Hop. Paris, 18 janv. 1959,
n°3/1 - 196-200.
- 24 - KEELEY François X., LAURENCE F. MISANIK
Abdominal angina syndrom.
Gastro-enterology - A.G.A. oct. 1959.
- 25 - KIRSCHNER P.A.
L'occlusion des artères et des vei-
nes mésentériques avec infarctus

intestinal.

J. Mount. Sinai Hosp. mars-avr.

1955 - 21 - n°6 - 307-317 (Biblio.)

- 26 - KNEPPER P.A., Mc. DANIEL J.R., BROOKER R.M. et NEUDORFF L.G.

Thrombose mésentérique primaire traitée par résection et anticoagulants.

Am. J. Surg. déc. 1950 - 80 - n°7. 937-940 (Biblio.)

- 27 - KOHLER H.

Recherche d'un traitement conservateur de la gangrène intestinale aiguë en utilisant la novocaïne par la voie cuti-viscérale.

Méd. Klin. 6 janv. 1950, 45, n°I-8-11 (Biblio.)

- 28 - KOLLER F (Von) et SIEGENTHALER W.

Thrombose de veines mésentériques guérie par les anticoagulants.

Schweiz. med. Wschr. janv. 1953, 85 - n°1 - 18-19.

- 29 - KRATZIG W.

Thrombose récidivante des veines mésentériques. Guérison après résection de l'intestin grêle à deux reprises et traitement par des anticoagulants.

Zbl. Chir. 7 fév. 1959, 84, n°6 - 218-221.

- 30 - LARSON N.E. - FLEISHER G.A.

Certain plasma enzyme levels following experimental obstruction an infarction of segments of the small intestine.

Jurg. Forum. 10 : 211 - 4 - 1960.

31 - LAUFMAN H.

L'action de l'héparine sur l'infarctus de l'intestin, étude expérimentale.

S.G.O. fév. 1942, 74 - n°2A,
479-482.

32 - LEYMARIOS J.

Infarctus intestinal et oblitérations vasculaires mésentériques.
Concours Med. 3 sept. 1960, n°36
3939-3944.

33 - LILLEHEI R.C. - BERNARD GOOTT

The physiological of the small
bowell of the dog to ischemia -
including prolonged vitro - pre-
servation of the bowel with suc-
cessful replacement and survival.
Annals of surgery - oct. 1959.

34 - LOHEAC P.

Infarctus total de l'intestin
grêle, par thrombose veineuse.
Guérison par les anticoagulants.
Lyon Chir. fév.-mars 1956, 51,
n°2 - 235-241 -

35 - LONGO O. et GALLARDO C.

Contribution au traitement de
l'infarctus fonctionnel de l'in-
testin.
Semana med. 24 mars 1949 - 56 -
n°2880 - 371-377 - 6 fig.(Biblio.)

36 - LONGO O.F.

Occlusion vasculaire mésentérique.
Prensa med. argent. 2 janv.1953
n°1 - 21-23.

37 - MAGINEL - PELONNIER

Problèmes thérapeutiques de l'in-
farctus total du mésentère.
Bordeaux Chir. janv.1959 - n°1-42

38 - MAGNANT J.S.

Infarctus de la terminaison du
grêle - Guérison -
Mem. Acad. Chir. 1954 - 80 - n°25-
26 - 710-717.

39 - MANDELL H.N.

Angine abdominale : relation d'un
cas et revue de la littérature.
New England J. Med. 21 nov.1957
n°21 - 1036

40 - MORGAN WILLIAMS

L'occlusion mésentérique. Revue de
méthodes récentes de traitement
avec remarques sur 6 cas.
Brit. Med. J. déc. 1946 - n°4483-
856-857 (Biblio.)

41 - MURANO U.

L'infarctus intestinal - Policli-
nico (sez-chir)
av. 1959, 66, n°2 - 113-124,
10 fig. (Biblio.)

42 - MURRAY et MACKENSIE

Canada M.A.J. - juillet 1939

43 - NELSON L.E. et KREMEN A.J.

L'occlusion expérimentale des
vaisseaux mésentériques supérieurs;
remarques sur le rôle de la throm-
bose intra-vasculaire et sa pré-
vention par l'héparine.
Surgery, nov. 1950, 28, n°5 -
819-826 (Biblio.)

44 - NELSON S.W., EGGLESTON W.

L'occlusion des vaisseaux mésenté-
riques et un nouveau signe possi-
ble de thrombose veineuse mésenté-
rique.
A.M. Roetgenol mai 1960 - 83 -n°5.

- 45 - NICOLONI A.
Un cas d'infarctus mésentérique
chez un enfant de 14 mois.
Minerva ped. 17 nov. 1959, 11,
n°46 - 1277-1280 (résumé français).
- 46 - ORCEL L.
Infarctus viscéraux. Etude anatomo-
pathologique.
Rev. Praticien 1er mars 1960 -
10, n°7 - 687-703.
- 47 - ORLANDO F. et coll.
Mécanique d'action de la novocaïne
endoveineuse dans l'infarctus
intestino-mésentérique "inexpliqué".
Mem. Acad. Chir. 9-16 mars 1949 -
75 - n°9-10, 250-254.
- 48 - PERROTIN J.
Infarctus intestinal chez un homme
de 91 ans. Laparotomie exploratri-
ce. Traitement médical. Guérison.
Mem. Acad. Chir. juin-juill. 1953,
79, n°21-23-24, 535-536.
- 49 - PERROTIN et ROGER
Infarctus intestinal
Mem. Acad. Chir. séance du 8 mai
1946, 243-245.
- 50 - PETROV P.N. et BYROV G.
Une issue favorable dans le trai-
tement de la thrombose artério-
mésentérique.
Khirourguia (Moscou) 1959, n°9 -
109-111 (Biblio.)
- 51 - QUENU J., JACQUELIN C. et LEGER L.
Infarctus intestinal par thrombose
veineuse. Résection anticoagulants.
Guérison.
Mem. Acad. Chir. 1952, 78, n°4-5-
132-138 - Biblio.

- 52 - RABINOVITCH J. et RABINOVITCH S.
Infarctus de l'intestin grêle consécutif à la polyartérite noueuse des vaisseaux mésentériques.
Am. J. Surg. déc. 1954, 88, n°6 - 896-901 (Biblio.)
- 53 - REYMOND J.C.
L'infarctus du mésentère.
J. Med. Chir. prat. mars 1958, 129 - n°9 - 387-391.
- 54 - ROTHSCHILD H.B., STORCK A. et MEYERS B.
Occlusion mésentérique chez un nouveau-né.
J.Ped. nov. 1953 - 43 - n°5 - 569-572 (Biblio.)
- 55 - SANTY P. et BERARD
Infarctus du grêle. Réintégration. Iléostomie. Guérison.
Lyon Med. 4 janv. 1942 - n°1 - 15-16.
- 56 - SCARTOZZI C. et SILVESTRI G.
Sur la possibilité d'une origine allergique dans quelques cas d'infarctus intestinal.
Minerva Chir. 1er juin 1950, n°11, 336-341 (Biblio.)
- 57 - SEYBOLD W.D., et MUSGROVE J.E.
Les aspects chirurgicaux de l'occlusion vasculaire mésentérique.
Proc. Staff Meet. Mayo Clin. II oct. 1950, 25 - n°21 - 585-591.
- 58 - SHAW R.S. et MAYNARD E.P.
Thrombose aiguë et chronique des artères mésentériques associée à la malabsorption ; relation de deux cas traités avec succès par thromboendarthérectomie.
New England J. Med. 1er mai 1958, 258, n°18 - 874-878 (Biblio.)

- 59 - SLOAN R.D.
Evaluation radiographique de l'occlusion mésentérique de l'intestin grêle.
Analyse statistique.
Am. J. Roentgenol. déc. 1959, 82, n°6 - 978-984 - 9 tabl.(Biblio.)
- 60 - SORO KA.V.G.
Thrombosis of the mesenteric vessels complicated by necrosis of the intestine after the use of streptomycin.
Vestn Rbir Grekow oct.1959 (Rus)
- 61 - STEWART G.D., SWEETMAN W.R., WESPHAL K. et WISE R.A.
Embolectomie de l'artère mésentérique supérieure.
Ann. Surg. fév. 1960 - 151 - n°2 274-278 (Biblio.)
- 62 - STORER J., KAZDAN P. et BILTON J.L.
La thrombose mésentérique veineuse, étiologie probable. Relation d'un cas.
Am. J. Surg. déc. 1952, n°6, 639-640 (Biblio.)
- 63 - THEVENIN P.E.
Infarctus intestinal par thrombose veineuse. Résection héparine post-opératoire, guérison.
Mem. Acad. Chir. juin-juillet 1953, 79, n°21-22-23-24, 532-534.
- 64 - THOMASSON (de)
Infarctus mésentérique total par thrombose de la veine mésentérique. Guérison par traitement anticoagulant.
Mem. Acad. Chir. 31 oct. 1956, 82, n°27-28, 843-845.

65 - TSAMOURIS E.

Sphacèle étendu de l'intestin grêle par infarctus. Résection intestinale. Grêle restant : soixante-dix centimètre. Survie durable.

J. Chir. nov.1959, 78, n°4 -

439-443 - 2 fig.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

